

Características sociodemográficas y tendencia de los problemas de salud mental en España en las dos primeras décadas del siglo XXI

ALMUDENA MORENO*, LOURDES LOSTAO** Y ENRIQUE REGIDOR***

RESUMEN

Los instrumentos de medida para evaluar la magnitud y tendencia de los problemas de salud mental en la población son diversos. La definición operacional de los problemas de salud mental difiere de unos instrumentos a otros, por lo que su cuantificación varía en función del instrumento empleado. En este trabajo se han utilizado los datos proporcionados por las encuestas de salud por entrevista de ámbito nacional, con el objetivo de estimar la evolución de la salud mental en la población española según diversas características sociodemográficas. En el caso del suicidio, se ha utilizado la información proporcionada por la estadística de defunciones según la causa de la muerte.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales constituyen un importante problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada ocho personas en el mundo vive con una enfermedad mental. Algunas estimaciones

* Universidad Pública de Navarra.

** Universidad Pública de Navarra (llostao@unavarra.es).

*** Universidad Complutense de Madrid y CIBER de Epidemiología y Salud Pública (Madrid).

en EE. UU. señalan que aproximadamente una cuarta parte de los adultos en ese país sufre una enfermedad mental, y casi la mitad desarrollará al menos una enfermedad mental durante toda su vida (Kessler *et al.*, 2005).

Hay numerosas pruebas empíricas acerca de la asociación entre las enfermedades mentales y las enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, la diabetes, la obesidad, el asma, la epilepsia y el cáncer (Chapman *et al.*, 2005; Evans *et al.*, 2005). Esa asociación es especialmente evidente entre las personas con enfermedades mentales más graves e incapacitantes, que corren el riesgo de morir prematuramente por enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas. Asimismo, las tasas de lesiones intencionales –suicidio y homicidio– y no intencionales –vehículo motorizado–, son entre dos y seis veces mayores entre las personas con enfermedad mental que entre la población total (Hiroeh *et al.*, 2001, Wan *et al.*, 2006). La enfermedad mental también se asocia con el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol (Lasser *et al.*, 2000).

Las enfermedades mentales causan más discapacidad en los países desarrollados que cualquier otro grupo de enfermedades, incluyendo el cáncer y las enfermedades del corazón (World Health Organization, 2004). Por ese motivo, la Región Europea de la OMS ha

identificado la salud mental como una prioridad clave en su *European Programme of Work, 2020-2025 'United Action for Better Health'*. Mediante una Coalición de Salud Mental de los países de la Región Europea, la OMS considera que se cambiará la forma en que las sociedades de estos países se enfrentan con la salud mental, ayudándoles también a mejorar la forma en la que sus servicios de salud trabajan con las personas y las comunidades para mejorar su salud mental (WHO Regional Office for Europe, 2020)

El objetivo de este trabajo consiste en mostrar la evolución de diversos indicadores de salud mental en la población en España. Se utiliza para ello como fuente de información las encuestas nacionales de salud por entrevista. Por otra parte, la estadística de defunciones según causa de muerte permite trazar la evolución del suicidio. La información se ofrece desagregada según diversas características demográficas y sociales.

2. MONITORIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Los gobiernos y las instituciones públicas y privadas en diferentes países han desarrollado o están desarrollando infraestructuras para recoger información de manera sistemática, con el propósito de integrar, procesar, analizar, interpretar y publicar datos sobre salud mental de la población. Estos datos deberían ofrecer información acerca de cuál es la situación y la tendencia en salud mental en cada ámbito geográfico y político-administrativo concreto, posibilitando así la evaluación de medidas de prevención, promoción y asistencia sanitaria en salud mental. La implementación de la infraestructura mencionada requiere dos pasos previos: en primer lugar, identificar los indicadores o medidas de salud mental; y, en segundo lugar, poner en marcha el sistema de recogida de datos que permita obtener esos indicadores. Solo de esa forma es posible la realización de comparaciones entre diversas áreas geográficas y a lo largo del tiempo.

Sin embargo, el logro de tales objetivos no siempre es posible. El traslado de las defi-

niciones conceptuales sobre enfermedades o trastornos mentales a términos operacionales conlleva gran dificultad. Y la forma de solventar esa dificultad puede variar de unas instituciones a otras. De ahí que la definición operacional pueda no coincidir en los instrumentos de medida que se emplean en diferentes territorios o instituciones. Por ejemplo, la medición de la depresión puede realizarse de una forma en un país, pero de otra distinta en otro país. Incluso, en un mismo país o en cualquier otro ámbito político-administrativo, el instrumento de medida de la depresión puede cambiar a lo largo del tiempo. Esto se debe a que la definición operacional para la medición de un trastorno de salud mental puede sustituirse por otra considerada más válida. Cuando así ocurre, se mejora la aproximación a la verdadera magnitud del trastorno, pero se pierde la posibilidad de valorar su tendencia. Por ese motivo, la elección entre uno u otro instrumento de medida es difícil. A menudo hay que elegir entre acercarse a un conocimiento válido de la magnitud de un problema de salud mental en un momento dado, a costa de renunciar a saber si su magnitud ha variado a lo largo del tiempo; o bien optar por un conocimiento de su tendencia, renunciando a saber la verdadera magnitud del problema.

En otras ocasiones la aproximación a la cuantificación de un problema de salud mental se realiza con instrumentos de medida distintos. Esta circunstancia contribuye a la confusión, tanto de los profesionales, como de las personas encargadas de la toma de decisiones en relación con los programas de salud mental. Sirva de ejemplo un trabajo acerca de la evolución de la salud mental en la población adulta en edad laboral en Inglaterra, entre 1991 y 2010, en el que se ofrecen estimaciones de sucesivas encuestas nacionales de salud realizadas en varios años (Katikireddi *et al.*, 2012). La medida de la salud mental se basó en el cuestionario de 12 ítems para detectar trastornos mentales comunes como ansiedad y depresión (GHQ-12 es el acrónimo en inglés). La frecuencia de problemas de salud mental fue prácticamente la misma en 1991 y en 2010, 16,0 por ciento y 15,5 por ciento, respectivamente. Sin embargo, la evidencia de ausencia de variación en la prevalencia de problemas mentales en la población inglesa choca con las observaciones realizadas mediante la encuesta de morbilidad psiquiátrica en 1993, 2000, 2007 y 2014. Esta encuesta, que reco-

gió la información mediante entrevistas clínicas estructuradas, indicó una tendencia ascendente de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión (McManus *et al.*, 2014). Los hallazgos contradictorios entre ambos estudios en torno a la evolución de la prevalencia de problemas de salud mental en Inglaterra reflejan una circunstancia habitual que se produce cuando se utilizan instrumentos de medida diferentes para medir un mismo fenómeno.

La variedad de instrumentos de medida de los problemas de salud mental puede contribuir a explicar la heterogeneidad de resultados en la prevalencia de trastornos mentales entre unos lugares y otros. Es el caso de los hallazgos obtenidos en un trabajo de revisión sistemática sobre la prevalencia de trastornos mentales comunes. Los estudios analizados abarcaron el periodo de 1980 a 2013. Los autores del trabajo revisaron 174 estudios procedentes de 63 países. El rango intercuartílico en la prevalencia de trastornos mentales oscilaba entre el 12,3 por ciento y el 24,3 por ciento (Steel *et al.*, 2014). Una amplitud similar se encontró en otro trabajo que evaluó la prevalencia de trastornos mentales mayores en diferentes estudios procedentes de 28 países (Kessler *et al.*, 2009).

En cualquier caso, la variedad de instrumentos de medida no tiene por qué ser la única razón de la heterogeneidad de hallazgos en la frecuencia de problemas de salud mental. Así, por ejemplo, la estimación de la prevalencia de depresión en los países de la Unión Europea, a través de la Encuesta Europea de Salud de 2014, reveló que la prevalencia era tres veces más alta en unos países que en otros (OECD, 2017). Y algo similar pudo observarse en la Encuesta Europea de Salud de 2019. La prevalencia de depresión declarada por los entrevistados osciló entre el 2,5 por ciento en Chipre y el 2,7 por ciento en Grecia, y el 10,5 por ciento en Suecia y el 10,8 por ciento en Francia. La prevalencia en España se situó en 4,8 por ciento. Dado que se utilizó el mismo cuestionario, es posible que esas importantes diferencias se deban a diferencias culturales en torno al significado de la enfermedad mental.

En líneas generales, las encuestas generales de población se utilizan para estimar la prevalencia de ciertos síntomas de enfermedades mentales en las poblaciones y, al repetir las encuestas a lo largo del tiempo, se pueden

usar para detectar y caracterizar tendencias. Las encuestas no se pueden utilizar para diagnosticar trastornos mentales con el mismo nivel de especificidad que un examen clínico individual realizado por un psiquiatra experimentado u otro profesional de la salud mental. En su lugar, estas encuestas recopilan información sobre una variedad de manifestaciones subjetivas de alteraciones en el pensamiento, el estado de ánimo, el comportamiento y la angustia.

Hay dos formas de estimar la prevalencia de problemas de salud mental a partir de las encuestas de población. En primer lugar, mediante la utilización de preguntas para averiguar la presencia o no de trastornos mentales comunes. Las estimaciones de estas encuestas varían según los síntomas que se recopilan y la forma en que se corresponden con varias enfermedades mentales definidas. La otra opción es la inclusión de cuestionarios de salud mental que han sido validados empíricamente para distinguir entre personas con y sin enfermedades mentales específicas o angustia psicológica general. Por los motivos antes mencionados, las estimaciones realizadas de una y de otra forma en una determinada población no pueden compararse, como tampoco pueden compararse las estimaciones realizadas en distintas poblaciones. En cambio, la utilización de las mismas preguntas y el mismo cuestionario en una población, a lo largo del tiempo, permite detectar y caracterizar tendencias en la carga de problemas de salud mental en esa población.

En el presente trabajo, los datos sobre los indicadores de salud proceden de las Encuestas Nacionales de Salud de 2006, 2011 y 2017, y de las Encuestas Europeas de Salud en España de 2014 y 2020, elaboradas por el Ministerio de Sanidad y el Instituto Nacional de Estadística (INE). Estas encuestas obtienen información de los individuos sobre su estado de salud, el uso que realizan de los servicios sanitarios y los determinantes de la salud –sociales, ambientales y de estilos de vida–, que van más allá del sistema sanitario¹.

El marco muestral de las Encuestas Nacionales de Salud es la población española no institucionalizada. El diseño muestral de estas encuestas se lleva a cabo en tres etapas. Las unidades de primera etapa son las seccio-

¹ Aunque no en todas las encuestas se recogió información de los indicadores analizados.

nes censales estratificadas por el tamaño de la población del municipio de residencia. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares principales. Las unidades de tercera etapa se seleccionan a partir de la relación de personas encuestables en la vivienda en el momento de la realización de la entrevista. Dentro de cada hogar se selecciona a un adulto –15 o más años– para cumplimentar el Cuestionario de Adultos y, en caso de que hubiera menores –de 0 a 14 años–, se selecciona asimismo un menor para cumplimentar el Cuestionario de Menores. El diseño muestral es similar en el caso de las Encuestas Europeas de Salud en España, con la excepción de que estas solo se dirigen a la población adulta.

Los datos sobre suicidio proceden de la estadística de causas de muerte elaborada por el INE. Cuando se produce el fallecimiento de una persona por muerte natural, el médico correspondiente emite el Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción, y lo facilita a los familiares o al personal autorizado. Este documento se entrega en la Oficina del Registro Civil de la localidad donde debe inscribirse la defunción y expedirse la licencia de enterramiento o la autorización para la incineración del cadáver. El INE recibe la información sobre defunciones de los encargados de los Registros Civiles y, a partir de esa información, elabora anualmente la estadística de causas de muerte.

En el caso de muertes por causas no naturales –muertes violentas o sospechosas de criminalidad–, el médico no emite el Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción, sino que informa del fallecimiento al juzgado. Una vez que el juez ha determinado la causa de la muerte, en el juzgado se cumplimenta el Boletín Estadístico de Defunción Judicial con los datos necesarios para que se ordene la inscripción de la defunción en el Registro Civil, que, a su vez, transfiere el Boletín Estadístico de Defunción Judicial al INE, con el fin de que la información se incorpore a la estadística de causas de muerte.

de ansiedad. Estos trastornos son altamente prevalentes en la población –lo que justifica el calificativo de “comunes”– y repercuten en el estado de ánimo o los sentimientos de las personas afectadas. Los síntomas varían en cuanto a su intensidad –de leves a severos– y duración –de meses a años– (OPS, 2017). Los trastornos mentales comunes causan angustia emocional marcada e interfieren con la función diaria, pero no suelen afectar a la percepción o cognición. Por lo general, estos trastornos son menos incapacitantes que los principales trastornos psiquiátricos. No obstante, su mayor prevalencia significa que el coste para la sociedad es grande.

Los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo, rendir en sus estudios o hacer frente a su vida cotidiana. Los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo y una preocupación excesivos, así como por trastornos del comportamiento. Los síntomas son lo suficientemente graves como para provocar una angustia o una discapacidad funcional importantes.

En las encuestas de salud se pregunta a cada uno de los entrevistados seleccionados en la muestra: “¿Ha padecido alguna vez depresión?”. En caso de respuesta afirmativa, se pregunta: “¿La ha padecido en los últimos doce meses?” y “¿Le ha dicho un médico que la padece?”. Análogamente, se pregunta a los entrevistados si han padecido alguna vez ansiedad crónica. En caso de respuesta afirmativa, se les plantean las siguientes preguntas: “¿La ha padecido en los últimos doce meses?” y “¿Le ha dicho un médico que la padece?”. En el presente trabajo se considera que un sujeto padece depresión/ansiedad si la ha padecido en los últimos doce meses y un médico le ha comunicado el diagnóstico.

El cuadro 1 permite observar que el porcentaje de personas con depresión aumentó en 2014 con respecto a 2011, si bien luego su magnitud descendió en 2017 y 2020. El porcentaje de población española con depresión en 2011 y 2020 fue, respetivamente, del 5,9 por ciento y del 5,3 por ciento. Ese porcentaje es

3. TRASTORNOS MENTALES COMUNES EN ESPAÑA

Los trastornos mentales comunes se refieren a los trastornos depresivos y los trastornos

CUADRO 1

PORCENTAJE DE ADULTOS CON DEPRESIÓN*, SEGÚN SEXO Y EDAD (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	5,9	6,9	6,7	5,3
Sexo				
Hombres	3,0	3,9	4,0	3,2
Mujeres	8,7	9,7	9,2	7,2
Edad				
15-24	0,7	1,2	1,2	1,5
25-34	2,1	3,1	3,0	2,4
35-44	3,8	4,6	4,2	3,1
45-54	6,2	7,1	6,5	5,3
55-64	10,2	10,4	10,1	6,9
65-74	11,1	11,3	10,6	8,5
75 o más	11,1	13,5	13,0	10,9

* A los entrevistados se les pregunta: "¿Ha padecido alguna vez depresión?". En caso de respuesta afirmativa se pregunta: "¿La ha padecido en los últimos doce meses?" y "¿Le ha dicho un médico que la padece?". Se considera que un sujeto padece depresión si la ha padecido en los últimos doce meses y le ha dicho un médico que la padece.

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

más alto en mujeres que en hombres. En 2020, el 7,2 por ciento de las mujeres frente al 3,2 por ciento de los hombres manifestaba haber padecido depresión en el último año. El porcentaje de personas con depresión muestra la magnitud más baja en los sujetos jóvenes, y la más alta en los sujetos mayores. En 2020, el 1,5 por ciento

de las personas de 15 a 24 años frente al 10,9 por ciento de las personas de 75 o más años manifestaban padecer depresión.

El cuadro 2 muestra un gradiente socioeconómico inverso en la magnitud de ese porcentaje. En 2020, el 13,1 por ciento de las personas

CUADRO 2

PORCENTAJE DE ADULTOS CON DEPRESIÓN*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS Y CLASE OCUPACIONAL (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	5,9	6,9	6,7	5,3
Nivel de estudios				
Sin estudios	13,3	16,4	15,1	13,1
Primer grado	10,4	9,5	10,7	7,3
2º grado, primer ciclo	5,8	6,0	5,9	5,3
2º grado, segundo ciclo	3,4	4,7	4,9	4,3
Tercer grado	2,1	3,0	2,6	2,2
Clase social**				
I	2,7	2,8	2,9	2,8
II	4,5	5,0	4,3	3,4
III	4,6	5,3	5,5	4,8

CUADRO 2 (CONTINUACIÓN)

PORCENTAJE DE ADULTOS CON DEPRESIÓN*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS Y CLASE OCUPACIONAL (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Clase social**				
IV	5,5	7,4	6,3	5,4
V	6,6	8,0	8,3	5,9
VI	8,7	10,3	8,5	7,7

* A los entrevistados se les pregunta: "¿Ha padecido alguna vez depresión?". En caso de respuesta afirmativa se pregunta: "¿La ha padecido en los últimos doce meses?" y "¿Le ha dicho un médico que la padece?". Se considera que un sujeto padece depresión si la ha padecido en los últimos doce meses y le ha dicho un médico que la padece.

** Categorías de clase ocupacional: I: Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias; II: Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas; III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas; V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as; VI. Trabajadores no cualificados.

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

sin estudios, frente al 2,2 por ciento de las personas con estudios de tercer grado, reconocían sufrir depresión. Atendiendo a la clase social, el 7,7 por ciento de las personas ubicadas en la clase más baja, frente al 2,8 por ciento de las pertenecientes a la clase más alta, padecían depresión. El cuadro 3 indica la relación entre esta variable y el tamaño de los municipios de residencia. Llama la atención que las personas residentes en municipios de más de 400.000

habitantes mostraban la menor frecuencia de depresión.

En el cuadro 4 se observa que el porcentaje de personas con ansiedad fue muy similar en los años 2011, 2014 y 2017 –alrededor del 6,7 por ciento–, y descendió al 5,8 por ciento en 2020. De nuevo, ese porcentaje es más alto en mujeres que en hombres. En 2020, el 8,1 por ciento de las mujeres frente al 3,5 por ciento

CUADRO 3

PORCENTAJE DE ADULTOS CON DEPRESIÓN*, SEGÚN TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	5,9	6,9	6,7	5,3
Municipio de residencia				
Hasta 10.000 habitantes	5,9	7,3	7,7	5,2
10.001-50.000 habitantes	6,7	6,8	6,5	5,7
50.001-100.000 habitantes	5,5	7,8	5,8	5,6
100.001- 400.000 habitantes	6,2	6,7	7,0	5,5
Más de 400.000 habitantes	4,5	6,2	6,1	4,3

* A los entrevistados se les pregunta: "¿Ha padecido alguna vez depresión?". En caso de respuesta afirmativa se pregunta: "¿La ha padecido en los últimos doce meses?" y "¿Le ha dicho un médico que la padece?". Se considera que un sujeto padece depresión si la ha padecido en los últimos doce meses y le ha dicho un médico que la padece.

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

CUADRO 4

PORCENTAJE DE ADULTOS CON ANSIEDAD*, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	6,7	6,8	6,7	5,8
Sexo				
Hombres	3,5	4,0	4,3	3,5
Mujeres	9,7	9,6	9,1	8,1
Edad				
15-24	1,7	2,3	2,1	2,6
25-34	3,3	4,1	4,8	3,8
35-44	5,9	5,7	5,7	4,8
45-54	8,0	7,7	7,8	6,7
55-64	10,3	10,5	9,8	7,5
65-74	10,0	9,7	8,3	8,1
75 o más	9,7	8,9	8,7	7,3

* A los entrevistados se les pregunta: "¿Ha padecido alguna vez ansiedad crónica?". En caso de respuesta afirmativa se pregunta: "¿La ha padecido en los últimos doce meses?" y "¿Le ha dicho un médico que la padece?". Se considera que un sujeto padece ansiedad si la ha padecido en los últimos doce meses y le ha dicho un médico que la padece.

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

de los hombres manifestaba haber padecido ansiedad en el último año. El porcentaje más bajo corresponde a los entrevistados jóvenes, y el más alto, a los mayores. En 2020, el 2,6 por ciento de las personas de 15 a 24 años frente al 7,3 por ciento de las personas de 75 o más años manifestaban padecer ansiedad.

Los datos recogidos en el cuadro 5 también indican un gradiente socioeconómico inverso en la magnitud del porcentaje de prevalencia de ansiedad. En 2020, el 11,0 por ciento de las personas sin estudios, frente al 3,0 por ciento de las que contaban con estudios universitarios, manifestaban padecer ansiedad. El porcentaje

CUADRO 5

PORCENTAJE DE ADULTOS CON ANSIEDAD*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS Y CLASE SOCIAL (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	6,7	6,8	6,7	5,8
Nivel de estudios				
Sin estudios	11,8	13,1	11,3	11,0
Primer grado	10,2	8,2	9,2	7,4
2º grado, primer ciclo	6,9	7,4	7,0	6,3
2º grado, segundo ciclo	4,8	5,2	5,4	5,3
Tercer grado	3,6	3,6	3,9	3,0
Clase social*				
I	4,0	3,7	3,9	3,3
II	6,2	5,5	4,8	4,7
III	5,8	5,1	6,0	5,5

CUADRO 5 (CONTINUACIÓN)

PORCENTAJE DE ADULTOS CON ANSIEDAD*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS Y CLASE SOCIAL (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Clase social*				
IV	6,3	7,4	6,4	5,6
V	7,2	7,9	7,6	6,3
VI	8,9	9,4	8,7	8,2

* Categorías de clase ocupacional: I: Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias; II: Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas; III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas; V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as; VI. Trabajadores no cualificados.

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

de personas que padecían ansiedad ascendía al 8,2 por ciento de los entrevistados procedentes de la clase social más baja, más del doble que entre los pertenecientes a la clase social más alta (3,3 por ciento). El cuadro 6 permite observar que, en todos los años, el porcentaje de personas con ansiedad es menor entre los residentes en los municipios con más de 400.000 habitantes.

Dado que las personas de mayor edad presentan las frecuencias más altas de depresión y de ansiedad, y puesto que la proporción de estas per-

sonas es mayor en el grupo de quienes ostentan menor nivel de estudios y viven en los municipios con menos población, cabría pensar que la edad es la variable clave. Sin embargo, el análisis por grupos de edad no respalda esta hipótesis. Según los datos incluidos en el cuadro 7, en los diferentes grupos de edad se reproduce el patrón observado para el conjunto de la población, con la excepción de los entrevistados entre 15 y 44 años. En este grupo de edad, las menores frecuencias de depresión y ansiedad se observan entre los residentes de los municipios menos poblados.

CUADRO 6

PORCENTAJE DE ADULTOS CON ANSIEDAD*, SEGÚN TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	6,7	6,8	6,7	5,8
Municipio de residencia				
Hasta 10.000 habitantes	6,7	6,8	6,8	5,2
10.001-50.000 habitantes	8,0	6,7	6,8	6,5
50.001-100.000 habitantes	5,6	7,6	6,3	6,1
100.001- 400.000 habitantes	7,4	7,0	7,5	6,2
Más de 400.000 habitantes	4,9	6,2	5,9	5,1

* A los entrevistados se les pregunta: "¿Ha padecido alguna vez ansiedad crónica?". En caso de respuesta afirmativa se pregunta: "¿La ha padecido en los últimos doce meses?" y "¿Le ha dicho un médico que la padece?". Se considera que un sujeto padece ansiedad si la ha padecido en los últimos doce meses y le ha dicho un médico que la padece.

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

CUADRO 7

PORCENTAJE DE ADULTOS CON DEPRESIÓN Y ANSIEDAD*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS, CLASE SOCIAL Y TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA, POR GRUPO DE EDAD (ESPAÑA, 2020)

	Depresión			Ansiedad		
	15-44	45-64	65 y más	15-44	45-64	65 y más
Nivel de estudios						
Sin estudios	4,3	13,5	14,0	4,1	15,0	10,7
Primer grado	2,5	7,3	9,4	5,3	8,6	7,5
2º grado, primer ciclo	3,1	7,2	8,2	5,0	7,8	6,9
2º grado, segundo ciclo	2,4	5,8	8,4	3,7	7,2	6,9
Tercer grado	1,4	2,6	4,3	2,4	3,4	4,0
Clase social**						
I	2,0	2,8	4,6	2,7	3,6	4,2
II	1,1	3,8	8,0	3,1	5,9	6,2
III	2,6	5,1	8,7	4,1	6,0	7,5
IV	1,4	5,8	11,2	2,9	7,4	7,8
V	2,4	7,2	10,3	4,2	8,0	7,8
VI	4,7	9,5	11,7	5,5	10,3	11,0
Municipio de residencia						
Hasta 10.000 habitantes	1,7	5,4	9,6	3,2	6,2	6,6
10.001- 50.000 habitantes	2,5	6,8	11,1	4,1	8,1	9,2
50.001-100.000 habitantes	2,8	5,8	12,0	4,1	7,0	9,2
100.001-400.000 habitantes	2,3	7,0	9,1	4,3	7,4	8,0
Más de 400.000 habitantes	2,8	4,4	7,2	3,6	6,1	6,4

*A los entrevistados se les pregunta: "¿Ha padecido alguna vez depresión?". En caso de respuesta afirmativa se pregunta: "¿La ha padecido en los últimos doce meses?" y "¿Le ha dicho un médico que la padece?". Se considera que un sujeto padece depresión si la ha padecido en los últimos doce meses y le ha dicho un médico que la padece.

A los entrevistados se les pregunta: "¿Ha padecido alguna vez ansiedad crónica?". En caso de respuesta afirmativa se pregunta: "¿La ha padecido en los últimos doce meses?" y "¿Le ha dicho un médico que la padece?". Se considera que un sujeto padece ansiedad si la ha padecido en los últimos doce meses y le ha dicho un médico que la padece.

**Categorías de clase ocupacional: I: Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias; II: Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas; III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas; V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as; VI. Trabajadores no cualificados.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

En las encuestas de salud también se obtiene información de la salud mental del adulto a través del *Cuestionario de Salud General* de 12 preguntas –GHQ12–. El GHQ es un test autoadministrado que detecta los trastornos psiquiátricos no psicóticos (Goldberg, 1972). Explora síntomas subjetivos de estrés psicológico y manifestaciones somáticas frecuentemente asociadas a ansiedad, depresión,

dificultades de relación y de cumplimiento de los roles sociales, familiares y profesionales. Sintetiza, por tanto, la evaluación que hace la persona de su estado de bienestar general. Es un instrumento de cribado y no de diagnóstico. Al principio se utilizó en contextos como la atención primaria, pero también en población general (Goldberg y Williams, 1988). Aunque la versión original contenía 60 preguntas,

RECUADRO 1

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (12 PREGUNTAS)

¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?

0. Mejor que lo habitual; 1. Igual que lo habitual; 2. Menos que lo habitual; 3. Mucho menos que lo habitual.

¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

0. No, en absoluto; 1. No más que lo habitual; 2. Algo más que lo habitual; 3. Mucho más que lo habitual.

¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

0. Más útil que lo habitual; 1. Igual que lo habitual; 2. Menos útil que lo habitual; 3. Mucho menos útil que lo habitual.

¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

0. Más capaz que lo habitual; 1. Igual que lo habitual; 2. Menos capaz que lo habitual; 3. Mucho menos capaz que lo habitual.

¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

0. No, en absoluto; 1. No más que lo habitual; 2. Algo más que lo habitual; 3. Mucho más que lo habitual.

¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

0. No, en absoluto; 1. No más que lo habitual; 2. Algo más que lo habitual; 3. Mucho más que lo habitual.

¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

0. Más que lo habitual; 1. Igual que lo habitual; 2. Menos que lo habitual; 3. Mucho menos que lo habitual.

¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

0. Más capaz que lo habitual; 1. Igual que lo habitual; 2. Menos capaz que lo habitual; 3. Mucho menos capaz que lo habitual.

¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?

0. No, en absoluto; 1. No más que lo habitual; 2. Algo más que lo habitual; 3. Mucho más que lo habitual.

¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?

0. No, en absoluto; 1. No más que lo habitual; 2. Algo más que lo habitual; 3. Mucho más que lo habitual.

¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

0. No, en absoluto; 1. No más que lo habitual; 2. Algo más que lo habitual; 3. Mucho más que lo habitual.

¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

0. Más feliz que lo habitual; 1. Igual que lo habitual; 2. Menos feliz que lo habitual; 3. Mucho menos feliz que lo habitual.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

posteriormente se han elaborado otras versiones con menor número de preguntas. La versión con doce preguntas se ha traducido y adaptado a numerosos idiomas (Goldberg, 1978) y, por su brevedad y sus características psicométricas, el GHQ12 es considerado uno de los instrumentos de cribado validado más utilizado en todo el mundo (Hewitt *et al.*, 2010). Ciertamente, su uso se ha extendido más allá de lo que sería un cribado y se incluye en las encuestas nacionales de salud de varios países para monitorizar la salud mental de la población².

Algunos autores señalan que el GHQ12 tiene dos factores: depresión/ansiedad y dis-

² Véase al respecto Gao *et al.* (2004), Whaley *et al.* (2005), Wiggins *et al.*, (2004) y Rocha *et al.* (2010).

función social (Picardi *et al.*, 2001; Politi *et al.*, 1994;). Otros, en cambio, defienden la existencia de tres factores: estrategias de afrontamiento, autoestima y estrés (Campbell *et al.*, 2003; French y Tait, 2004;). Finalmente, otros consideran que el GHQ-12 debería utilizarse como un instrumento de cribado unidimensional (Gao *et al.*, 2004; Rocha *et al.*, 2011). Lo cierto es que se observa un interés creciente en utilizar este instrumento de cribado para medir la salud mental de la población.

El recuadro 1 presenta las doce preguntas de GHQ12 utilizadas en las Encuestas Nacionales de Salud de España de 2006, 2011 y 2017. En las cuatro categorías de respuesta de las que consta dicho cuestionario, se adjudicó el valor

CUADRO 8

PORCENTAJE DE ADULTOS EN RIESGO DE MALA SALUD MENTAL*, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD (ESPAÑA, 2006, 2011 Y 2017)

	2006	2011	2017
Total	21,3	20,4	18,0
Sexo			
Hombres	15,6	16,8	13,9
Mujeres	26,8	23,9	21,9
Edad			
15-24	16,8	12,5	12,6
25-34	17,9	17,7	14,5
35-44	19,4	21,4	15,6
45-54	21,1	22,3	19,4
55-64	22,9	22,4	19,9
65-74	25,4	19,8	17,7
75 o más	33,5	27,2	28,3

* Se han sumado los valores obtenidos en las respuestas a cada una de las 12 preguntas del cuestionario GHQ12. Se considera que un individuo con una puntuación de 3 o más está en riesgo de padecer un trastorno mental.

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

0 a las respuestas 1 y 2, y el valor 1 a las respuestas 3 y 4. Posteriormente se sumaron los valores obtenidos en las 12 preguntas, resultando un valor de 0 a 12 de mejor a peor salud mental. El punto de corte para identificar los posibles casos psiquiátricos se estableció en 3, de manera que un individuo que obtenga una puntuación de 3 o más se encuentra en riesgo de padecer un trastorno mental, teniendo en cuenta que se trata de un instrumento de cribado y no de diagnóstico. Se utiliza la expresión "mala salud mental" para esta puntuación. Los datos presentados aquí se han extraído de las publicaciones realizadas por el Ministerio de Sanidad en su página web.

Conforme a la información recogida en el cuadro 8, el porcentaje de personas en riesgo de "mala salud mental" descendió del 21,3 por ciento en 2006 al 18,0 por ciento en 2017. El porcentaje es más alto entre las mujeres: en 2017, el 21,9 por ciento de ellas, frente al 13,9 por ciento de ellos, se hallaban en riesgo de "mala salud mental". Este porcentaje muestra la magnitud más baja en los sujetos jóvenes, y la más alta, en los sujetos mayores. En 2017, el 12,6 por ciento de las personas de 15 a 24 años, frente al 28,3 por ciento de las que cuen-

tan 75 o más años, se hallaban en riesgo de "mala salud mental".

En el cuadro 9 se observa que la magnitud del porcentaje de personas que afrontan este riesgo muestra un gradiente socioeconómico inverso. En 2017, el 30,3 por ciento de las que carecían de estudios reglados, frente al 13,0 por ciento de las que habían concluido estudios universitarios se encontraban en riesgo de "mala salud mental". En esa esa situación se encontraban el 23,6 por ciento de las personas pertenecientes a la clase social más baja, frente al 12,4 por ciento de las integradas en la clase social más alta. En cuanto al tamaño de los municipios de residencia, en líneas generales, se aprecian escasas diferencias en la proporción de personas en riesgo de "mala salud mental", si bien en 2006 y en 2017 el porcentaje más bajo se observó en los residentes en municipios con menos de 10.000 habitantes (cuadro 10).

La distribución de personas en riesgo de "mala salud mental" según las medidas de posición socioeconómica, en diferentes grupos de edad, revela un patrón similar al conjunto de la población, como permite distinguir el cuadro 11. Sin embargo, en el caso del municipio de resi-

CUADRO 9

PORCENTAJE DE ADULTOS EN RIESGO DE MALA SALUD MENTAL*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS Y CLASE SOCIAL DE LA PERSONA DE REFERENCIA DEL HOGAR (ESPAÑA, 2006, 2011 Y 2017)

	2006	2011	2017
Total	21,3	20,4	18,0
Nivel de estudios			
Sin estudios	33,7	28,3	30,3
Primer grado	23,0	24,4	21,3
2º grado, primer ciclo	22,0	21,9	18,4
2º grado, segundo ciclo	18,9	17,1	15,1
Tercer grado	15,3	14,8	13,0
Clase social**			
I	15,2	14,4	12,4
II	18,7	16,6	13,3
III	21,0	18,9	15,9
IV	21,1	18,9	18,0
V	22,9	22,5	19,7
VI	25,9	25,0	23,6

* Se han sumado los valores obtenidos en las respuestas a cada una de las 12 preguntas del cuestionario GHQ12. Se considera que un individuo con una puntuación de 3 o más está en riesgo de padecer un trastorno mental.

** Categorías de clase ocupacional: I: Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias; II: Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas; III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas; V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as; VI. Trabajadores no cualificados.

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

CUADRO 10

PORCENTAJE DE ADULTOS EN RIESGO DE MALA SALUD MENTAL*, SEGÚN TAMAÑO POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA (ESPAÑA, 2006, 2011 Y 2017)

	2006	2011	2017
Total	21,3	20,4	18,0
Municipio de residencia			
Hasta 10.000 habitantes	20,1	19,6	16,5
10.001-50.000 habitantes	21,8	21,6	18,3
50.001-100.000 habitantes	21,6	20,3	18,8
100.001- 400.000 habitantes	21,1	21,1	18,3
Más de 400.000 habitantes	22,1	18,8	18,4

* Se han sumado los valores obtenidos en las respuestas a cada una de las 12 preguntas del cuestionario GHQ12. Se considera que un individuo con una puntuación de 3 o más está en riesgo de padecer un trastorno mental.

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

RECUADRO 2

CUESTIONARIO DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES

	<i>No es cierto</i>	<i>Un tanto cierto</i>	<i>Absolutamente cierto</i>
Síntomas emocionales			
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	0	1	2
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	0	1	2
Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a	0	1	2
Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	0	1	2
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	0	1	2
Problemas de conducta			
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	0	1	2
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	2	1	0
Pelea con frecuencia con otros niños o se mete con ellos	0	1	2
A menudo miente o engaña	0	1	2
Roba en casa, en la escuela o en otros sitios	0	1	2
Hiperactividad			
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	0	1	2
Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a	0	1	2
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	0	1	2
Piensa las cosas antes de hacerlas	2	1	0
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	2	1	0
Problemas con compañeros/as			
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	0	1	2
Tiene por lo menos un buen amigo	2	1	0
Por lo general cae bien a los otros niños	2	1	0
Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella	0	1	2
Se lleva mejor con adultos que con otros niños	0	1	2
Conducta prosocial			
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	0	1	2
Comparte frecuentemente con otros niños chucherías, juguetes, lápices	0	1	2
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo	0	1	2
Trata bien a los niños más pequeños	0	1	2
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	0	1	2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

dencia, el menor porcentaje de personas que afrontan este riesgo se observa, entre los residentes en municipios de más de 400.000 habitantes, en las personas de más edad (65 o más años), pero, entre los residentes en municipios con menos de 10.000 habitantes, en las más jóvenes (15-24 años).

Igualmente, de las Encuestas Nacionales de Salud se obtiene información sobre la salud mental en la población infantil a través del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ). Diseñado por Goodman en el Instituto de Psiquiatría de Londres (Goodman, 1997), ha sido traducido y validado en varios idiomas. El SDQ

es el instrumento más ampliamente utilizado en investigación en salud mental infantil desde 1997 (Vostanis, 2006; Muris *et al.*, 2003). Ha demostrado sus propiedades psicométricas en diferentes culturas, convirtiéndose en un instrumento de cribado ampliamente utilizado que permite detectar casos probables de trastornos mentales y del comportamiento en niños y jóvenes (Woerner *et al.*, 2004; Goodman y Goodman, 2011).

El recuadro 2 incluye las 25 preguntas del cuestionario de capacidades y dificultades. Fue utilizado en las Encuestas Nacionales de Salud de España de 2006, 2011 y 2017. Esas 25 preguntas se dividen en cinco escalas —síntomas

CUADRO 11

PORCENTAJE DE ADULTOS EN RIESGO DE MALA SALUD MENTAL*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS, CLASE SOCIAL Y TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA POR GRUPO DE EDAD. (ESPAÑA, 2017)

	15-24	25-44	45-64	65 y más
Nivel de estudios				
Sin estudios	--	17,6	30,2	31,8
Primer grado	13,4	19,4	22,7	21,9
2º grado, primer ciclo	14,5	16,9	22,5	17,0
2º grado, segundo ciclo	9,9	14,3	18,1	14,8
Tercer grado	12,3	13,4	12,6	12,9
Clase social**				
I	9,7	14,4	10,1	14,8
II	11,7	11,1	14,9	15,9
III	10,4	14,3	17,0	20,3
IV	12,8	13,2	21,5	20,9
V	13,1	16,6	21,7	24,6
VI	17,1	18,2	26,7	30,9
Municipio de residencia				
Hasta 10.000 habitantes	9,7	14,2	16,4	22,1
10.001- 50.000 habitantes	12,9	14,7	20,2	25,1
50.001-100.000 habitantes	12,5	16,5	20,0	24,4
100.001-400.000 habitantes	12,6	15,0	20,8	22,3
Más de 400.000 habitantes	15,6	15,7	21,1	20,2

* Se han sumado los valores obtenidos en las respuestas a cada una de las 12 preguntas del cuestionario GHQ12. Se considera que un individuo con una puntuación de 3 o más está en riesgo de padecer un trastorno mental.

** Categorías de clase ocupacional: I: Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias; II: Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas; III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas; V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as; VI. Trabajadores no cualificados.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017 (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

CUADRO 12

PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 4 A 14 AÑOS EN RIESGO DE MALA SALUD MENTAL*, SEGÚN GRUPO DE EDAD (ESPAÑA, 2006, 2011 Y 2017)

	2006	2011	2017
Total	22,5	17,1	13,2
Sexo			
Niños	23,7	18,2	15,6
Niñas	21,3	15,9	10,5
Edad			
4-9	24,7	18,2	14,2
10-14	20,1	15,7	11,9

* Se han sumado los valores obtenidos en las respuestas a cada una de las 25 preguntas del cuestionario SDQ. Se considera que un individuo con una puntuación de 14 o más se encuentra en riesgo de mala salud mental.

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

CUADRO 13

PORCENTAJE DE NIÑOS DE 4 A 14 AÑOS EN RIESGO DE MALA SALUD MENTAL*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS Y CLASE SOCIAL DE LA PERSONA DE REFERENCIA DEL HOGAR (ESPAÑA, 2006, 2011 Y 2017)

	2006	2011	2017
Total	22,5	17,1	13,2
Nivel de estudios			
Sin estudios	31,8	26,3	16,1
Primer grado	28,3	22,6	13,6
2º grado, primer ciclo	25,8	21,8	16,9
2º grado, segundo ciclo	20,4	14,1	14,0
Tercer grado	15,9	11,1	8,2
Clase social**			
I	12,1	11,5	8,5
II	17,3	10,3	9,2
III	18,2	15,0	10,4
IV	25,0	17,0	12,6
V	29,8	20,3	15,7
VI	33,7	23,0	21,0

* Se han sumado los valores obtenidos en las respuestas a cada una de las 25 preguntas del cuestionario SDQ. Se considera que un individuo con una puntuación de 14 o más se encuentra en riesgo de mala salud mental.

** Categorías de clase ocupacional: I: Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias; II: Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas; III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas; V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as; VI. Trabajadores no cualificados.

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

CUADRO 14

PORCENTAJE DE NIÑOS ENTRE 4 Y 14 AÑOS EN RIESGO DE MALA SALUD MENTAL*, SEGÚN TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA (ESPAÑA, 2006, 2011 Y 2017)

	2006	2011	2017
Total	22,5	17,1	13,2
Municipio de residencia			
Hasta 10.000 habitantes	20,7	16,3	12,9
10.001-50.000 habitantes	24,0	17,3	12,5
50.001-100.000 habitantes	22,9	17,3	14,7
100.001- 400.000 habitantes	22,7	17,7	13,8
Más de 400.000 habitantes	21,8	16,8	12,6

* Se han sumado los valores obtenidos en las respuestas a cada una de las 25 preguntas del cuestionario SDQ. Se considera que un individuo con una puntuación de 14 o más se encuentra en riesgo de mala salud mental.

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial—, con cinco preguntas cada una. Cada ítem se puntúa entre 0 y 2: la categoría “un tanto cierto” se puntúa siempre como 1, pero las puntuaciones de “no es cierto” y “absolutamente cierto” varían según cada ítem. Cada escala o dimensión puntúa entre 0 y 10 (a más puntuación, peor salud mental), excepto para la dimensión prosocial, que puntúa en dirección contraria (a más puntuación, mejor salud mental). La suma de las cuatro primeras dimensiones —todas, excepto la prosocial— genera la puntuación total de dificultades, cuyo recorrido comprende entre 0 y 40 puntos (a más puntuación, peor salud mental). Los autores del instrumento han desarrollado puntos de corte que no determinan la prevalencia real de problemas de salud mental, pero sí una mayor probabilidad o riesgo de padecerlos. Las personas que obtienen 14 o más puntos —excluida la escala de conducta prosocial—, se consideran en riesgo de mala salud mental.

Según se aprecia en el cuadro 12, el porcentaje de población de 4 a 14 años en riesgo de “mala salud mental” descendió del 22,5 por ciento en 2006 al 13,2 por ciento en 2017. Es más alto en niños que en niñas: en 2017, el 10,5 por ciento de las niñas frente al 15,6 por ciento de los niños se hallaban en riesgo de “mala salud mental”. El porcentaje de población de 4 a 14 años afectado por este riesgo es mayor entre los niños y niñas de 4 a 9 años (14,2 por ciento) que entre los de 10 a 14 años (11,9 por ciento).

El cuadro 13 muestra un gradiente socioeconómico inverso en la magnitud de ese porcentaje. En 2017, el 16,1 por ciento de los sujetos de 4 a 14 años cuyos padres carecían de estudios reglados, frente al 8,2 por ciento de aquellos con progenitores universitarios se hallaban en riesgo de “mala salud mental”. Y mientras el 21,0 por ciento de los chicos y chicas de 4 a 14 años pertenecientes a la clase social más baja afrontaban ese riesgo, entre los que pertenecían a la clase más alta representaba el 8,5 por ciento. Como se advierte en el cuadro 14, las diferencias entre los porcentajes de población en riesgo de “mala salud mental” que vive en municipios de distinto tamaño son escasas.

4. CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS Y TRANQUILIZANTES

El consumo de medicamentos en la población puede estimarse a través de los datos de ventas y a través de encuestas de salud por entrevista. Los datos que se ofrecen aquí proceden de las Encuestas Nacionales de Salud de 2011 y 2017, por una parte, y de las Encuestas Europeas de Salud en España de 2014 y 2020, por otra. En ellas, se preguntó a los entrevistados si habían consumido algún medicamento en las dos últimas semanas anteriores a la entrevista. Y a los que contestaron afirmativamente se les enseñó una lista de medicamentos para que señalaran cuál o cuáles de ellos habían consumido.

CUADRO 15

PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE HA CONSUMIDO ANTIDEPRESIVOS O ESTIMULANTES* EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	7,0	8,4	5,6	4,5
Edad				
15 a 24 años	1,0	1,0	0,9	0,7
25 a 44 años	3,8	5,7	2,8	2,4
45 a 64 años	9,0	10,2	6,8	5,6
65 y más años	10,0	10,8	10,4	7,8
Hombres	3,1	5,3	3,2	2,6
15 a 24 años	0,0	0,8	0,9	0,7
25 a 44 años	2,3	4,9	2,1	1,8
45 a 64 años	4,2	6,0	4,2	3,5
65 y más años	3,4	5,9	4,8	3,6
Mujeres	10,0	10,7	7,9	6,3
15 a 24 años	1,6	1,2	0,9	0,6
25 a 44 años	5,0	6,4	3,5	3,0
45 a 64 años	13,0	13,8	9,4	7,8
65 y más años	14,5	14,4	14,8	11,1

* A los entrevistados se les presentó una lista de medicamentos y se les preguntó si habían consumido cada uno de ellos en las dos últimas semanas anteriores a la entrevista. Se considera que un individuo ha consumido antidepresivos o estimulantes si responde afirmativamente a este consumo.

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

Tal como muestra el cuadro 15, el porcentaje de personas que declaró haber consumido antidepresivos o estimulantes aumentó del 7,0 por ciento en 2011 al 8,4 por ciento en 2014, pero luego descendió al 5,6 por ciento en 2017 y al 4,5 por ciento en 2020. El consumo fue más alto en personas mayores que en jóvenes. En 2020, ese porcentaje se situó en el 0,7 por ciento entre las personas de 15 a 24 años, pero ascendió al 7,8 por ciento entre las de 65 o más años. Ese año, el porcentaje de mujeres que consumieron estos medicamentos (6,3 por ciento) dobló sobradamente al de hombres (2,6 por ciento).

Los datos incluidos en el cuadro 16 muestran que el consumo de tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir es significativamente más alto que el de antidepresivos o estimulantes. En efecto, el porcentaje de personas que declaró haber consumido tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir aumentó del 18,3 por ciento en 2011 al 18,9 por ciento en 2014, si bien descendió al 12,5 por ciento en 2017 y

al 10,9 por ciento en 2020. Al igual que sucede con los antidepresivos o estimulantes, el consumo fue más alto entre las personas mayores. En 2020 no llegaban al 2 por ciento las personas de 15 a 24 años que consumían tranquilizantes, relajantes o comprimidos indicados en el tratamiento del insomnio, pero sí lo hacía el 22,8 por ciento de las de 65 o más años. El porcentaje entre las mujeres (14,2 por ciento) casi dobló al porcentaje entre los hombres (7,3 por ciento), hallándose la mayor diferencia (en puntos porcentuales) entre hombres y mujeres en el grupo de 65 o más años de edad, en el que ellos declararon haber consumido tranquilizantes en un 14 por ciento, y ellas, en un 29,6 por ciento. El menor y mayor consumo de ambos tipos de medicamentos se observa entre las personas de la clase social más alta y más baja, respectivamente (cuadro 17).

En un estudio realizado en EE. UU., a partir de los datos de la *Encuesta Nacional de Salud* de ese país, apenas se observaron diferencias en el porcentaje de personas que declaraban con-

CUADRO 16

PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE HA CONSUMIDO TRANQUILIZANTES, RELAJANTES O PASTILLAS PARA DORMIR, EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	18,3	18,9	12,5	10,9
Edad				
15 a 24 años	3,7	4,1	2,1	1,6
25 a 44 años	11,3	11,7	6,3	5,1
45 a 64 años	19,6	20,0	13,3	11,6
65 o más años	28,7	28,8	25,9	22,8
Hombres	12,6	13,2	8,6	7,3
15 a 24 años	2,2	6,2	2,1	1,8
25 a 44 años	10,3	10,1	5,6	4,4
45 a 64 años	13,2	12,7	10,1	8,2
65 o más años	17,4	18,7	15,4	14,0
Mujeres	22,6	23,3	16,1	14,2
15 a 24 años	4,8	2,8	2,1	1,3
25 a 44 años	12,1	12,9	7,1	5,8
45 a 64 años	24,7	26,2	16,5	14,9
65 o más años	36,6	36,2	34,1	29,6

* A los entrevistados se les presentó una lista de medicamentos y se les preguntó si habían consumido cada uno de ellos en las dos últimas semanas anteriores a la entrevista. Se considera que un individuo ha consumido tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir si responde afirmativamente a este consumo.

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

CUADRO 17

PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE HA CONSUMIDO TRANQUILIZANTES, RELAJANTES O PASTILLAS PARA DORMIR, ANTIDEPRESIVOS O ESTIMULANTES* EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA (ESPAÑA, 2011, 2017 Y 2020)

Clase social**	Tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir			Antidepresivos, estimulantes		
	2011	2017	2020	2011	2017	2020
I	13,0	5,9	7,5	3,9	2,8	3,1
II	14,6	8,2	7,9	6,4	4,2	3,3
III	14,6	9,7	10,1	6,7	4,7	4,2
IV	16,0	11,7	11,2	6,5	5,5	5,0
V	17,9	12,0	11,4	7,5	6,5	4,7
VI	20,8	13,2	14,2	8,8	7,0	6,2

* A los entrevistados se les presentó una lista de medicamentos y se les preguntó si habían consumido cada uno de ellos en las dos últimas semanas anteriores a la entrevista. Se considera que un individuo ha consumido antidepresivos o estimulantes si responde afirmativamente a este consumo.

A los entrevistados se les presentó una lista de medicamentos y se les preguntó si habían consumido cada uno de ellos en las dos últimas semanas anteriores a la entrevista. Se considera que un individuo ha consumido tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir si responde afirmativamente a este consumo.

** *Categorías de clase ocupacional:* I: Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias; II: Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas; III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas; V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as; VI. Trabajadores no cualificados.

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

sumir antidepresivos en 2013 y 2018 (Brody y Gu, 2020). Tanto en este país como en España, estas estimaciones de consumo contrastan con las estimaciones sobre la base de las prescripciones realizadas por los médicos. Las razones de esta discrepancia no están claras. Una posible explicación reside en que, aun cuando los antidepresivos están fundamentalmente indicados para el tratamiento de trastornos depresivos y de ansiedad, algunos de ellos han sido autorizados para el tratamiento del dolor crónico neuropático (Moore *et al.*, 2002) o la deshabituación tabáquica. Y, probablemente, también se utilicen para tratar otros problemas de salud. Lo cierto es que, en todos los países de altos ingresos, se ha verificado una tendencia ascendente en el consumo de fármacos antidepresivos. En los países de la OCDE, este consumo se ha duplicado en las dos primeras décadas del siglo XXI (OCDE, 2021 y 2023).

España es uno de los países de la Unión Europea con tasas de mortalidad por suicidio más bajas, un 30 por ciento menor que la media. Y, al igual que en la mayoría de los países, la tasa de suicidio es más alta en hombres que en mujeres: casi tres veces más, según los datos recogidos en el cuadro 18. En ella también se identifica una tasa de mortalidad por suicidio ascendente entre 2011 y 2014, descendente entre 2014 y 2019 y, seguida de incrementos en 2020 y 2021. Las tasas correspondientes al año 2021 en hombres y mujeres —12,9 y 4,2 por 100.000 habitantes, respectivamente— son similares a las obtenidas en 2013.

En líneas generales, la evolución de las tasas de mortalidad por suicidio en los diferentes grupos de edad refleja una tendencia similar a la del conjunto de la población. El suicidio es más frecuente en las edades mayores, sobre todo en hombres. La tasa de mortalidad por suicidio más alta la presentan los hombres de 75 o más años; en 2021, la tasa ascendió a 31,8 por 100.000 habitantes, cifra que aproximadamente quintuplica a la de las mujeres de la misma edad (6,5 por 100.000 habitantes). El cuadro 19 también muestra la tasa de mortalidad estandarizada por edad según el nivel de estudios en hombres y en mujeres. Entre ellos, se observa un claro gradiente inverso en la mortalidad por suicidio, cuya tasa más alta y más baja la presentaron quienes contaban con estudios primarios o inferiores y quienes alcanzaron titulación universitaria, respectivamente. Entre las mujeres, en cambio, la tasa de mortalidad más alta se encuentra en el grupo de quienes han superado, como máximo, estudios secundarios.

5. SUICIDIO: FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD

El suicidio generalmente ocurre en el contexto de un trastorno psiquiátrico. Más del 90 por ciento de las víctimas de suicidio sufren una enfermedad psiquiátrica diagnosticable; también la sufre la mayoría de las personas que intentan suicidarse. Los trastornos de personalidad, el abuso de alcohol y otras sustancias, los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia constituyen factores de riesgo de suicidio (Sher y Oquendo, 2023).

CUADRO 18

TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO* POR 100.000 HABITANTES, SEGÚN SEXO (ESPAÑA, 2011-2021)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total	6,8	7,6	8,3	8,4	7,8	7,7	7,9	7,6	7,8	8,3	8,5
Hombres	10,6	11,8	12,7	12,9	11,8	11,7	11,9	11,4	12,0	12,6	12,9
Mujeres	3,1	3,4	4,1	4,1	3,9	3,8	4,1	3,9	3,8	4,2	4,2

* Las muertes por suicidio corresponden a las defunciones cuya causa de muerte ha sido codificada con los códigos X60 a X84 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión.

Fuente: Estimaciones realizadas a partir de los fallecidos por suicidio y las cifras de población publicadas por el Instituto Nacional de Estadística.

CUADRO 19

TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO* POR 100.000 HABITANTES, SEGÚN EDAD Y NIVEL DE ESTUDIOS, EN HOMBRES Y EN MUJERES (ESPAÑA, 2018-2021)

	Hombres				Mujeres			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Grupos de edad								
< 1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5-14	0,2	0,2	0,3	0,6	0,1	0,1	0,3	0,3
15-24	5,1	5,2	4,6	4,9	1,8	1,9	1,5	2,3
25-34	8,1	9,0	9,5	9,7	2,2	2,5	2,7	2,5
35-44	10,9	12,1	12,5	13,1	3,6	3,9	4,1	3,8
45-54	15,6	16,2	16,4	16,7	5,2	5,1	5,7	6,7
55-64	16,1	15,4	16,6	18,0	6,0	5,6	7,0	5,8
65-74	15,1	16,1	17,2	14,5	6,0	5,0	5,3	5,2
75 y más	28,0	29,2	32,0	31,8	6,2	5,8	6,6	6,5
Nivel de estudios**								
Primaria o inferior	14,8	15,1	16,4	17,3	4,1	3,9	5,2	4,2
Secundaria, 1ª etapa	15,9	17,9	17,9	18,1	4,7	4,8	4,8	5,3
Secundaria, 2ª etapa	11,6	11,4	13,3	13,2	5,2	4,5	4,8	4,8
Universitarios	9,3	9,5	9,8	9,9	4,1	4,3	4,6	4,7

* Las muertes por suicidio corresponden a las defunciones cuya causa de muerte ha sido codificada con los códigos X60 a X84 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión.

** Las tasas por nivel de estudios corresponden a la tasa de mortalidad estandarizada por edad por 100.000 habitantes en hombres y en mujeres de 25 años o más. Las estimaciones por edad se han realizado a partir de los fallecidos por suicidio y las cifras de población publicadas por el Instituto Nacional de Estadística.

Fuente: Los datos se han obtenido de los indicadores de mortalidad publicados por el Instituto Nacional de Estadística.

6. CONCLUSIONES

Los hallazgos procedentes de las Encuestas Nacionales de Salud y las Encuestas Europeas de Salud en España analizadas en este artículo indican que a lo largo de la segunda década de este siglo, el porcentaje de personas que declaran problemas de salud mental y el de personas en riesgo de mala salud mental tendió a descender, aun cuando mostrando diferencias ostensibles entre grupos sociales. Así, los porcentajes de personas que declararon sufrir depresión o ansiedad y los de quienes se hallaban en riesgo de "mala salud mental" arrojan valores más altos entre las mujeres que entre los hombres. Todos estos trastornos abundaron también más entre las personas mayores y entre quienes declararon haber alcanzado niveles más bajos

de estudios o proceder de clases sociales más bajas.

Las mismas encuestas también muestran un descenso del porcentaje de niños y niñas en riesgo de mala salud mental entre 2011 y 2017, reforzando una tendencia a la baja que ya se apuntó entre 2006 y 2011. Los porcentajes, más altos entre los niños que entre las niñas, permiten distinguir un gradiente inverso con el nivel de estudios y la clase social de la persona de referencia del hogar.

Una tendencia favorable hasta 2020 también se aprecia en el consumo de medicamentos relacionados con los problemas de salud mental. El porcentaje de personas que declararon consumir antidepresivos o estimulantes es más alto en mujeres que en hombres, y también

destaca entre las personas mayores. Asimismo, la magnitud de ese porcentaje muestra un gradiente inverso con la clase social.

En cuanto a la tasa de mortalidad por suicidio, la tendencia descendente desde 2014 se reversionó en 2020. La tasa es más alta en hombres que en mujeres, alcanzando esta diferencia sus valores más altos entre las personas mayores. Entre los hombres, la tasa de mortalidad presenta un gradiente inverso con el nivel de estudios, de tal forma que su mayor magnitud se observa entre quienes cuentan con estudios primarios o inferiores; en cambio, entre las mujeres, la tasa de mortalidad por suicidio más alta se observa en el grupo de quienes acreditan el nivel de estudios secundarios.

BIBLIOGRAFÍA

BRODY, D. J. y GU, Q. (2020). Antidepressant use among adults: Unites States 2015-2018. *NCHA Data Brief*, 277, September.

CAMPBELL, A., WALKER, J. y FARRELL, G. (2003). Confirmatory factor analysis of the GHQ-12: Can I see that again? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, pp. 475-483.

CHAPMAN, D. P., PERRY, G. S. y STRINE, T. W. (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Prev Chronic Dis*, 2(1), p. A14. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0066.htm

EVANS, D. L., CHARNEY, D. S., LEWIS, L., GOLDEN, R. N., GORMAN, J. M. y KRISHNAN, K. R. ET AL. (2005). Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 58(3), pp.175-189.

FRENCH, D. J. y TAIT, R. J. (2004). Measurement invariance in the General Health Questionnaire-12 in young Australian adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, pp. 1-7.

GAO, F., LOU, N., THUMBOO, J., FONES, C., LI, S. y CHEUNG, Y. (2004). Does the 12-item General Health Questionnaire contain multiple factors

and do we need them? *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(63), 1-7.

GARCÍA HARO, J., GARCÍA PASCUAL, H., BLANCO DE TENA-DÁVILA, E., MARTÍNEZ SALLEN, M. y ARANGUREN RICO, P. (2023). Más allá del modelo biomédico: El enfoque existencial-contextual de la conducta suicida. *Panorama Social*, 38.

GOLDBERG, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire* (Maudsley Monograph No. 21). Oxford University Press.

GOLDBERG, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER Publishing Company.

GOLDBERG, D. y WILLIAMS, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson.

GOODMAN, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38, pp. 581-586.

GOODMAN, A. y GOODMAN, R. (2011). Population mean scores predict child mental disorder rates: validating SDQ prevalence estimators in Britain. *J Child Psychol Psychiatry*, 52, pp. 100-108.

HEWITT, C. E., PERRY, A. E., ADAMS, B. y GILBODY, S. M. (2010). Screening and case finding for depression in offender populations: A systematic review of diagnostic properties. *Journal Affective Disorders*, 128(1), 72-82.

HIROEH, U., APPLEBY, L., MORTENSEN, P. B. y DUNN, G. (2001). Death by homicide, suicide and other unnatural causes in people with mental illness: A population-based study. *Lancet*, 358, pp. 2110-2112.

KATIKIREDDI, S. V., NIEDZWIEDZ, C. L. y POPHAM, F. (2012). Trends in population mental health before and after the 2008 recession: A repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 Health Surveys of England. *BMJ Open*, 2, p. e001790.

KESSLER, R. C., AGUILAR-GAXIOLA, S., ALONSO, J., CHATTERJI, S., LEE, S. y ÜSTÜN, T. B. (2009). The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychiatrie (Stuttg)*, 1(6), pp. 5-9.

KESSLER, R. C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K. R. y WALTERS, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, pp. 593–602.

LASSER, K., BOYD, J. W., WOOLHANDLER, S., HIMMELSTEIN, D. U., MCCORMICK, D. y DOR, D. H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*, 284, pp. 2606–2610.

McMANUS, S., BEBBINGTON, P., JENKINS, R. ET AL. (eds.) (2016). Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014. NHS Digital.

MOORE, R. A., DERRY, S., ALDINGTON, D., COLE, P. y WIFFEN, P. J. (2012). Amitriptyline for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 12, p- CD008242.

MURIS, P., MEESTERS, C. y VAN DEN BERG, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1, pp. 1-8.

OECD. (2017). *Health at a Glance 2017*. OECD Publishing.

OECD. (2021). *Health at a Glance 2021*. OECD Publishing.

OECD. (2023). Pharmaceutical market. *OECD Health Statistics* (database). <https://doi.org/10.1787/data-00545-en>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Organización Panamericana de la Salud.

PICARDI, A., ABENI, D. y PASQUINI, P. (2001). Assessing psychological distress in patients with skin diseases: Reliability, validity and factor structure of the GHQ12. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 15, pp. 410–417.

POLITI, P. L., PICCINELLI, M. y WILKINSON, G. (1994). Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, pp. 432–437.

ROCHA, K. B., PÉREZ, K., RODRÍGUEZ-SANZ, M., BORRELL, C. y OBIOLS, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22, pp. 389-395.

ROCHA, K. B., PÉREZ, K., RODRÍGUEZ-SANZ, M., BORRELL, C. y OBIOLS, J. E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), pp. 125-139.

SHER, L. y OQUENDO, A. (2023). Suicide: An overview for clinicians. *Medical Clinics of North America*, 107, pp. 119-130.

STEEL, Z., MARNANE, C., IRANPOUR, C., CHEY, T., JACKSON, J. W., PATEL, W. y SILOVE, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*, 43, pp. 476-483.

VOSTANIS, P. (2006). Strengths and Difficulties Questionnaire: Research and clinical applications. *Curr Opin Psychiatry*, 19, pp. 367-372.

WAN, J. J., MORABITO, D. J., KHAW, J., KNUDSON, M. M. y DICKER, R. A. (2006). Mental illness as an independent risk factor for unintentional injury and injury recidivism. *J Trauma*, 61, pp. 1299–1304.

WHALEY, C. J., MORRISON, D. L., WALL, T. D., PAYNE, R. L. y FRITSCHI, L. (2005). Chronicity of psychological strain in occupational settings and the accuracy of the General Health Questionnaire. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(4), pp. 310-319.

WIGGINS, R. D., SCHOFIELD, P., SACKER, A., HEAD, J. y BARTLEY, M. (2004). Social position and minor psychiatric morbidity over time in the British Household Panel Survey 1991-1998. *Epidemiology and Community Health*, 58, pp. 779-787.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (summary report). World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. (2020). European Programme of Work, 2020- 2025 "United Action for Better Health". World Health Organization.

WOERNER, W., BECKER, A. y ROTHENBERGER, A. (2004). Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13, pp. 3-10.

